



**UNIVERSIDADE
DE LISBOA**



Programa de Doutoramento em Enfermagem

**RELATÓRIO ANUAL DA DOUTORANDA
Dulce Cabral de Magalhães**

Título provisório da tese – A dimensão processual do raciocínio clínico dos enfermeiros

Data do registo definitivo da tese – 26 de Novembro de 2007

Orientador – Professor Doutor Manuel Lopes

Data de entrega ao orientador – 17 de Dezembro de 2012

O presente documento procura dar conta do processo de desenvolvimento que foi feito durante o ano civil de 2012 no âmbito do projecto de doutoramento.

Durante o ano ainda em curso aprofundei os meus conhecimentos sobre a problemática da Tomada de Decisão tanto analítica quanto interpretativa. Produzi texto sobre ela apoiada pela literatura de referência e que a seguir apresento

Actualizei a pesquisa da literatura científica por concordar com a sugestão do orientador e considerando a necessidade de fazer a publicação de um trabalho que pretende ser uma revisão sistemática da literatura. No desenvolvimento deste processo

percebi que necessitava de aprofundar conhecimentos sobre a metodologia da revisão uma vez que os critérios que havia usado, à data, não faziam referência aos descritores de cada base mas sim a palavras-chave que ensaiei em função da literatura sobre raciocínio clínico.

No tempo presente estou em fase de ordenação e análise de dados fazendo codificação aberta com método de microanálise e usando o sistema Nvivo8. Numa primeira fase a análise foi feita manualmente para desenvolver habilidades de microanálise com leitura hermenêutica com o apoio do orientador em reunião individual e mais tarde em reuniões de grupo de doutorandos moderadas pelo orientador.

Elaborei um índice organizador do trabalho de tese para poder conferir o nível em que me encontro no desenvolvimento do trabalho e que passo a apresentar sinalizando a *italico* a fase de desenvolvimento:

0- Introdução (*já iniciada*)

1- Justificação do estudo

- Ao nível pessoal (descrever a minha experiência com o Processo de Enfermagem) (*já iniciado*)
- Ao nível clínico (enunciar a pertinência do raciocínio para o exercício clínico e as dificuldades que os clínicos têm em o reconhecer) (*já iniciado*)
- Ao nível científico (apresentar a revisão sistemática da literatura) (*já iniciado*)

2- Problematização (*já iniciada*)

3- Metodologia

O paradigma Interpretativo (*já iniciada*)

- As exigências e os critérios de rigor (*literatura já recolhida*)

- A Grounded uma metodologia de análise (*literatura já recolhida*)
- Objectividade / Subjectividade (*literatura já recolhida*)
- O Método Naturalista (*literatura já recolhida para fundamentar o método e descrição já redigida*)
 - Fase de recolha de dados (narrativa escrita- *já redigida*; observação não participante; entrevistas de validação e entrevistas narrativas *não redigidas*)
 - Fase de ordenação e análise dados (*em execução*)
 - 0- Microanálise com abordagem hermenêutica (descrição não redigida)

4 – A Dimensão Processual do raciocínio clínico dos enfermeiros numa unidade de cuidados críticos (não realizada)

5 – Teoria Explicativa do processo de raciocínio clínico (não realizada)

6 – Conclusões (não realizada)

Abordagens ao processo de raciocínio na decisão e acção clínica

Sempre que acreditamos que o mundo das probabilidades oferece segurança às decisões clínicas, as teorias estatísticas são reconhecidas como um instrumento para a tomada de decisão. Estas teorias da decisão remetem para um cálculo e uma manipulação de probabilidades complexas às quais são atribuídos valores para se conseguirem otimizar as decisões e com isso maximizar os benefícios para os doentes. Representam uma abordagem normativa que descreve matematicamente como é que os dados clínicos devem ser ponderados para fazer um diagnóstico ou escolher uma acção que tenha maior probabilidade para alcançar o resultado mais valorizado (Tanner, 1986a). São exemplos de

modelos de probabilidades o teorema de Bayes e o modelo de lens que diferem entre si pela forma como interpretam os dados que integram (Buckingham & Adams, 2000).

O teorema de Bayes, desenvolvido no século XVIII, por Thomas Bayes criou as bases matemáticas das inferências probabilísticas. Na área clínica é uma abordagem estatística que descreve a forma pela qual os juízos diagnósticos podem ser revistos a partir de nova informação. O teorema descreve o processo de revisão da probabilidade de uma hipótese e é sustentado em três princípios. O primeiro refere-se à probabilidade que a hipótese tem aprioristicamente; o segundo refere-se à probabilidade que um dado tem para um certo diagnóstico e um terceiro diz respeito à probabilidade de um dado sem referência a uma hipótese diagnóstica (Taylor, 2000). No bayesianismo o investigador, enquanto ser racional, escolhe a opção com a maior utilidade esperada. A utilidade esperada é aqui entendida como probabilidade ponderada. Neste processo a escolha de uma acção acontece logo que há o confronto com o problema. Cada acção é associada a um resultado com uma probabilidade de ocorrência e com um valor atribuído. Na área de enfermagem o modelo tem sido pouco divulgado, mas ainda assim Hanoch & Pachur, (2004) reconhecem-lhe utilidade e sugerem que ele seja considerado na formação estatística das enfermeiras. Koskela (2010) usou o modelo de Bayes para identificar a persistência de factores de risco, no âmbito dos cuidados primários de saúde e, Harbison (2006) para aferir a relação entre evidência e julgamento.

O modelo de lens é uma estrutura teórica que representa um recurso para avaliar o modo como os clínicos usam e ponderam a informação que lhes é apresentada para fazer um diagnóstico ou um tratamento; e quão consistentes e rigorosos são os juízos realizados em situações similares. Foi desenvolvido por Brunswick na década de quarenta e mais tarde foi usado por Hammond et al (1964) que

desenvolveu as ideias de Brunswick no domínio do julgamento humano. O modelo representa relações probabilísticas entre o homem e o seu ambiente (tais como os sinais e sintomas clínicos). A estrutura deste modelo foi usada para investigar a qualidade dos julgamentos e decisões das enfermeiras e o uso que fazem da informação clínica nas práticas educativas no âmbito dos cuidados (Thompson & Dowding, 2003; 2004).

Lee et al (2006) fazem salientar que há um debate considerável no que respeita à utilidade de um modelo matemático nas decisões diagnósticas. Numa atitude crítica os autores (Rashotte & Franco Carnevale 2003) consideram que os modelos probabilísticos são um resultado de uma modelação informática do processo cognitivo, que se tornou nos últimos anos um veículo de inquirição da tomada de decisão humana. Os modelos matemáticos presumem que o pensamento humano funciona na mesma forma que os sistemas informáticos, como se fosse um sistema de bases de dados ou um sistema de interpretação de padrões. O que sugere que os computadores podem simular o comportamento humano sem explicitar a reciprocidade de qualquer actividade. Thompson (1999) faz salientar que as implicações destas sequências lineares, não têm tido sustentação empírica nas práticas observadas.

A maioria das decisões clínicas das enfermeiras não pode ter os pressupostos e procedimentos rígidos de um modelo estatístico. Nem esta abordagem se presta a decisões rápidas, que caracterizam o modo de agir das enfermeiras. Porque os doentes em situação de internamento estão gravemente doentes e muitas vezes altamente instáveis. O seu estado de saúde pode ter mudanças rápidas que exigem uma tomada de decisão inteligente por parte das enfermeiras e em curto espaço de tempo (Greenwood, 1998; Bucknall, 2000). A quantidade de informação disponível sobre cada doente, em ambiente real, é geralmente limitada e ambígua que faz com que as enfermeiras tenham dificuldades em

ponderar sobre todas as alternativas possíveis. Além disso, nem todas as alternativas são passíveis de serem quantificadas numa forma que seja passível de ser compreendida. A decisão clínica envolve um planeamento gradual mais do que um processo formal de análise. Uma abordagem progressiva permite que as grandes e difíceis decisões possam ser quebradas em sequências de pequenas escolhas, cada uma das quais pode ser feita com base numa quantidade relativamente limitada de informação. O que significa que o processo de planeamento quando é interrompido, como é frequente acontecer nas situações clínicas, o plano pode ser suspenso e quando as condições o permitem, pode ser recuperado e desenvolvido (Greenwood, 1998).

As decisões não podem ser tomadas de uma forma linear considerando que o decisor não é insensível nem ao processo nem ao resultado da decisão. A literatura salienta a importância das histórias pessoais, da memória, da motivação, do sentido de unidade, do humor, e da estabilidade (Brown, 2011). Também os autores (O' Neil, 1994; Gaul, 1994; Simmons et al, 2003) referem que muitas vezes, as enfermeiras decidem dar prioridade, à "utilidade simbólica" de um procedimento, que consiste em executá-lo em função do que ele representa simbolicamente e não tanto ao rigor do procedimento. Ao percepcionarem e agirem os diferentes participantes no processo de decisão deixam-se levar por intuições, emoções, sentimentos, decidindo-se frequentemente pelas segundas melhores estratégias de acção. E mesmo quando as acções estão protocoladas, o processo de tomada de decisão continua a ser influenciado por factores pessoais, culturais e contextuais que se sobrepõem à hierarquia, poder, liderança, educação formal, experiência e responsabilidade (Hancock & Easen, 2006; Elliot, 2010).

No início da década de setenta e perante um contexto de deslumbramento com a inteligência artificial, Hubert Dreyfus também fez uma crítica insidiosa aos modelos matemáticos. Arguiu que “ao contrário

dos computadores os seres humanos possuem uma consciência periférica, toleram a ambiguidade, o seu corpo organiza e unifica a experiência dos objectos e as impressões subjectivas são passíveis de aborrecimento, cansaço, ou perda de estímulo e têm intenções e necessidades claras, que organizam a situação em que se encontram” (Gardner, 2002 p. 227).

Nos finais dos anos setenta a psicologia decidiu aplicar a teoria do processamento de informação à pesquisa e resolução de problemas da esfera do individual e na área da saúde pública. O raciocínio clínico foi um dos seus objectos de pesquisa. A teoria do processamento de informação foi definida como uma teoria abrangente de resolução de problemas humanos que gerou grande entusiasmo. Evolui a partir do trabalho de Simon, prémio nobel da economia, que em 1949 iniciou o estudo do processo de resolução de problemas nas organizações, e em 1956 defendeu a ideia de que o modo mais adequado para estudar a resolução de problemas complexos era simular essa situação com programas de computador (Howard, 2002). A teoria do processamento de informação descreve a resolução de problemas como uma interacção entre o sistema de processamento de informação (enquanto solucionador de problemas) e uma acção ambiental. A teoria postula que há limites para a capacidade humana processar a informação e que a resolução efectiva de problemas decorre da habilidade individual para se adaptar a estas limitações. Nesta teoria o conjunto do processo de resolução de problemas pode ser analisado como dois sub-processos (compreensão e procura) que ocorrem simultaneamente. A resolução do problema ocorre quando o solucionador (o processador da informação) traduz o problema na sua representação interna do problema e então procura um caminho para encontrar uma saída (Taylor, 2000).

Este processo foi modelizado em estratégias faseadas e cuja especificidade e número de fases difere entre os investigadores

(Thompson & Dowding, 1999; Elstein & Bordage, 1999). Herbert Simon em (1960), instituiu um total de cinco etapas que se definiam pela identificação do problema, obtenção da informação necessária, produção de soluções possíveis e selecção de uma estratégia de intervenção (Hansson, 1994). Outros investigadores no campo da enfermagem definiram o processo em sete etapas: disponibilidade para um pré-encontro de dados; entrada no campo de pesquisa e configuração de um rumo para a colheita dos dados; enquadramento dos dados observados em categorias ou pedaços delas; ponderação de possíveis explicações de diagnóstico (hipóteses); procura de mais dados, direccionada pela hipótese, no mesmo campo pesquisa; testa a hipótese diagnóstica para a aferir; diagnóstico (Carnevali et al, 1993). Estes investigadores defendem que os clínicos se envolvem num raciocínio diagnóstico usando-o como uma estratégia de formulação e validação de hipóteses para resolver o problema. Num primeiro encontro são formuladas hipóteses com base numa quantidade muito limitada de dados em comparação com o que pode eventualmente ser recolhido. Muitas vezes a principal queixa ou os dados obtidos nos primeiros minutos de interacção com o doente são suficientes para estabelecer algumas hipóteses diagnósticas. As hipóteses com maior destaque são identificadas como mais prováveis. São recolhidos novos dados que são ponderados e ajustados para determinar se uma das hipóteses formulada pode ser confirmada. Se não, o problema deve ser reiniciado até que a verificação da hipótese seja alcançada (Elstein & Bordage, 1999, Thompson & Dowding, 1999).

À luz da teoria do processamento de informação a tomada de decisão clínica e o raciocínio diagnóstico constituem uma série de processos cognitivos, analíticos e racionais, cuja natureza é hipotético-dedutiva (Thompson, 1999). Uma concepção cognitivista que pela sua natureza racionalista não reconhece os processos sensório-motores necessários para saber palpar um abdómen cuja acção pode aumentar ou diminuir o

conforto do doente e denunciar uma condição clínica. Ou, os processos perceptivos, necessários para reconhecer sinais sonoros por exemplo através do estetoscópio ou os sons que indiciam resistências à aspiração ou à respiração (Rashotte & Carnevale, 2004) ou os odores que podem indicar sinais de necrose tecidular, entre outras condições clínicas.

No entanto nem todos os investigadores apoiam um modelo essencialmente racionalista e linear. A sequência linear do modelo hipotético-dedutivo nem sempre é observada na prática, porque as enfermeiras, frequentemente, sobrepõem fases e mudam a sua ordem (Thompson, 1999). Os estudos de (Benner, 2001; Doenges & Moorhouse, 2003; Lopes, 2006; Simmons, 2010) revelam que o processo é interactivo, recursivo e está imbuído na própria acção, e numa relação tão próxima que se torna difícil perceber onde começa uma fase e acaba a outra. O processo não é neutro e é contextualizado; é uma estrutura capaz de captar a individualidade concreta da experiência de saúde e é estruturado a partir da complexidade clínica. A riqueza na compreensão da experiência humana de saúde e na resposta a ela não passa por um processo analítico e racional abstracto mas sim pelo conhecimento particular do doente (os seus próprios padrões de resposta, a sua história, a sua forma de viver com a doença, e ainda pelo conhecimento clínico que se ganha pela experiência de cuidar muitas pessoas com situações similares. (BENNER et al, 1996; TANNER, 2005).

Os modelos racionais e abstractos têm contudo mantido a sua vigência. Benner et al (1996) referem-se a quatro forças estruturantes que apoiam uma dependência contínua dos modelos racionais como base de uma decisão ética e clínica: (1) a necessidade de desenvolver regras justas e equitativas que possam ser aplicadas imparcialmente a todas as pessoas e situações clínicas; (2) o desejo de desenvolver sistemas racionais baseado num sistema de dados cuja relação custo / benefício promova uma justiça distributiva e reduza o gasto excessivo em

tratamentos ineficazes (3) uma compreensão epistemológica da racionalidade, onde as escolhas são feitas por oposição entre decisões certas e erradas, baseadas no desenvolvimento de critérios que ajuízam sobre a adequação/inadequação de duas posições diferenciadas e explícitas, mas estreitas, entre a explanação científica e a razão (Taylor, 1993); (4) o movimento em direcção a um entendimento da saúde como serviços, de tal forma que os tratamentos são comercialmente avaliados e pagos, enquanto o cuidado, a atenção e a recuperação só marginalmente são considerados nos sistemas de contabilidade e no discurso político e público sobre cuidados de saúde.

Benner et al (1996) salientam que os métodos de pesquisa dos modelos cognitivos têm obstruído cada um dos aspectos do julgamento clínico. A possibilidade de categorizar, explicar e prever respostas humanas tem sido a base do conhecimento científico que gera teoria e tem alimentado a imaginação dos académicos de enfermagem, nas últimas décadas. Apesar de haver um apelo aos modelos cognitivos e racionais há outros campos de pesquisa que devem ser considerados. Os modelos cognitivos não são a única forma de raciocinar nem necessariamente a melhor. Pelo contrário, o raciocínio é uma parte significativa da prática cotidiana dos clínicos e é aquela que se baseia também na intuição, numa racionalidade deliberativa, numa disposição para o que é bom e certo, na sabedoria prática adquirida com a experiência, no envolvimento com a situação e o conhecimento do doente em particular com o qual tem que estar em sintonia para reconhecer o seu padrão habitual de respostas, através das narrativas da sua experiência da doença.

Em 2011 Benner et al divulgam os resultados de um estudo etnográfico que desenvolveram e descreve o modo como uma enfermeira se pode tornar perita. O estudo foi desenvolvido a partir das narrativas dos peritos. Os peritos de cuidados de enfermagem têm sempre histórias significativas para os ajudar e manter o discernimento clínico e humano.

O processo é ilustrado com “pensamento na acção” e raciocínio em transição” incorporando os conceitos em tempo real, no contexto, e com toda as complicações que possam ser encontradas em situações reais; não reduz os cuidados a princípios nem procura tornar fácil a sua aprendizagem. As autoras definiram nove domínios do ser e pensar como enfermeira: 1) desenvolver o sentido do relevante 2) aprendizagem situada com integração da aquisição de conhecimento e utilização dele 3) envolvimento no raciocínio em transição 4) competências de know-how 5) resposta pró-activa 6) agência 7) acuidade na percepção e envolvimento interpessoal com doentes 8) integração do raciocínio clínico e ético 9) desenvolver a imaginação clínica. Estes aspectos críticos do julgamento clínico e o comportamento perito são descritos para guiar a reflexão activa em cada um das situações clínicas nos domínios da prática. Estas investigadoras protagonizam, no campo da enfermagem uma outra abordagem, centrada não na tomada de decisão mas no julgamento clínico e na acção que dele resulta. Assumem que as pessoas interagem reciprocamente com o seu ambiente. E assim sendo a realidade é entendida como multidimensional, contextual e relativa. Tanner (2006) já tinha proposto um novo modelo de julgamento clínico, que enfatiza o background das enfermeiras, o contexto, e as relações interpessoais das enfermeiras com os seus doentes como central do processo de julgamento. Apesar do reconhecimento da centralidade na interacção doente-enfermeira o modelo não detalha como é que esta se desenvolve.

Estas abordagens, quer as analíticas cuja conceptualização da tomada de decisão é feita em termos de diagnóstico de um problema, implementação de um tratamento e avaliação dos resultados, direccionadas ao risco e ao benefício das decisões, quer as abordagens compreensivas direccionadas para um julgamento clínico e cuja conceptualização é desenvolvida a partir de reconhecimento de padrões

(Benner et al, 1996), permitem-nos inferir que, independentemente da natureza da abordagem e dos tempos clínicos em que elas são usadas, há sempre uma avaliação prévia à acção, seja ela nomeada como uma decisão ou um diagnóstico ou não nomeada, porque é contínua e é expressa como julgamento clínico. Para além das abordagens partilharem um processo de avaliação diagnóstica também, ambas, têm como ponto central a premissa da racionalidade limitada a que (Simon, 1979) faz referência.

O processo de avaliação, sendo ou não categorizado carece sempre de ser validado. É a acção que reconhece o mérito ou desmérito da avaliação ou decisão prévia. A decisão resulta de uma análise teórica, uma vez assumida, é submetida à prova mediante acções e avaliações da acção, por exemplo: observa-se a decisão de administrar um medicamento e é executada a acção de o administrar, ou a decisão de mobilizar um doente na cama e é executada a acção de mobilizar; são as avaliações, sistemáticas, dos resultados destas acções que podem reconhecer o mérito/desmérito da hora a que foram realizadas, do modo como foram feitas e também das decisões que foram tomadas. É o resultado da acção naquilo que ela é e no modo como é realizada, que avalia, por tentativa e erro a probabilidade maior ou menor do sucesso terapêutico da decisão. Toda a decisão, tal como toda a acção têm consequências que envolvem riscos e remetem para um processo de aprendizagem contínua pela reflexão sobre a acção e num processo dialéctico entre a prática e a teoria, processo organizador de uma praxis (Kilpatrick, 2008). A assunção destas premissas remetem-nos, por um lado para uma necessidade de alargar os conhecimentos práticos o “saber como” desenvolvidos na área clínica, por outro para a necessidade de entender como são atingidos os resultados com os doentes e, com isso, robustecer a experiência clínica (Price, 2011).

Este processo remete-nos para uma racionalidade prática ao invés da racionalidade teórica que tem estruturado os modelos de tomada de decisão na área de enfermagem. (GREENWOOD 1998) também fez salientar que o raciocínio que termina numa conclusão e que pode ser expresso por uma decisão é chamado de raciocínio teórico, e o raciocínio que termina numa acção é chamado de raciocínio prático. E esclarece que as investigadoras que têm focalizado a sua atenção no raciocínio que termina num diagnóstico (ou uma conclusão, “uma verdade”) têm explorado o raciocínio teórico dos enfermeiros. O raciocínio teórico avança através de manipulação indutiva e hipotético-dedutiva de proposições a diferentes níveis de inclusão e generalidade. O raciocínio teórico começa indutivamente a partir de uma proposição operacional de uma ‘...isto é uma...’ e “...isto é descrito como...” natureza e procedimentos de níveis crescentes de inclusão em verdades complexas ou conclusões (‘diagnósticos’) acerca do mundo experienciado. Esta, por sua vez, capacita para a manipulação hipotetico-dedutiva de outras proposições tais como ‘...se esta lesão está infectada...’então ela estará vermelha, quente, edemaciada ...etc.’. Disto são exemplo os modelos de raciocínio diagnóstico desenvolvidos pelos investigadores (Gordon 1993; Carnivalli et al, 1994; Doenges & Moorhouse, 2003).

A premissa central da racionalidade limitada postula que a capacidade humana de realizar um pensamento racional é limitado, em parte pelas limitações da memória de trabalho. O processo pode ser facilitado no domínio dos processos cognitivos porque os processos intuitivos podem representar uma forma de economia mental para lidar com problemas complexos, quando existem restrições de tempo ou uma escassa informação para interpretar os dados. São usados modelos mentais tais como esquemas ou planos roteiros, entre outros (Salovey & Turk,1988). Mas no domínio dos processos perceptivos ou nos domínios da decisão e intervenção em que o processo é marcado pela natureza das

relações interpessoais, pela cultura institucional, pelos recursos, pelo tempo (CURREY & BOTTI, 2006), pela capacidade/vulnerabilidade de enfrentar a dor e o sofrimento do outro (Morse, 2001; Gameiro, 1999), quais são as estratégias para lidar com o corpo sem o objectivar (Carper, 1999), para se confrontar em simultâneo com vários doentes (Potter, 2006), com a necessidade de pensar na acção (Benner et al, 2011) e *sobre a acção para objectivar* a realidade, e apropriar-se dela enquanto ideia, ou para integrar os dados fisiológicos com os vivenciais dos doentes, e que surgem de forma continuada; ou para ajustar rapidamente as medidas terapêuticas ou para sustentar práticas de cuidados essenciais quando o doente é reconhecido com uma pessoa que está num processo ou na antecipação de uma transição (McEwen & Wills, 2007). Que estratégias são usadas para o fazer?